

# きもと小児科病児デイケアルーム利用登録書

登録番号(NO )

令和 5年 4月 1日改訂版

名 前	ふりがな		男 ・ 女	生年月日 平成・令和 年 月 日 ( 歳 か月 )			
	在園保育所等 保育所・幼稚園・小学校名						
通院病院名							
健康保険被 保険者番号 記号 番号 枝番 保険者番号							
医療証番号 8 1 4 0				他にご利用予定の兄弟名			
保護者氏名 ふりがな				電話番号 ( )-( )-( )			
保護者住所 〒 -							
緊急連絡先				電話番号 ( )-( )-( )			
				電話番号 ( )-( )-( )			
予防接種	4種混合	受けてない・受けた ( 回 )		はしか・風疹	受けてない・受けた ( 回 )		
	ヒブ	受けてない・受けた ( 回 )		おたふくかぜ	受けてない・受けた ( 回 )		
	肺炎球菌	受けてない・受けた ( 回 )		水ぼうそう	受けてない・受けた ( 回 )		
	BCG	受けてない・受けた					
これまでににかかった主な感染症と病気 ～かかった病気に○をつけて下さい～ 1 はしか                      2 風疹                      3 水ぼうそう 4 おたふくかぜ              5 百日咳                    6 熱性けいれん 7 結核                          8 その他 ( )							
アレルギー 有・無 (具体的に ) (食 物 : ミルク・卵・鶏肉・牛肉・ソバ・大豆・その他)							
お子さまについて、ご心配なことがあれば、具体的にお書き下さい。							

上記の通り、病児デイケアルームを利用したいので、登録を申請します。  
 なお、利用期間中は、施設の指示に従います。

年 月 日 保護者名 \_\_\_\_\_